

資料

精神障害者の生活のしづらさに関する文献レビュー

Difficulties in Life Encountered by Patients with Mental Disorders: A Review of the Literature

山本智津子^{*1} Chizuko Yamamoto, 眞野祥子^{*1} Shoko Mano, 吉村公一^{*1} Koichi Yoshimura

要 旨 本研究の目的は、精神障害者の生活のしづらさの実態を先行研究によって明らかにすることである。精神障害者の生活のしづらさに関連する8文献を分析した結果、精神障害者の生活のしづらさは臺（1984）の生活のしづらさの言葉だけ用いられ、先行研究ごとにその概念は異なっていた。また多くが質問紙や精神障害者社会生活評価尺度を用いた研究であり、精神障害者自身の経験に基づいて具体的な生活のしづらさを明らかにした研究はなかった。今後の研究の方向性として、当事者の体験に基づいた語りを通して結果を得た研究が必要である。さらに地域で生活する精神障害者の生活のしづらさ以外に、入院中の精神障害者の生活のしづらさ、精神疾患の特徴（障害特性）を踏まえた疾患別の生活のしづらさ、制度・政策面から生じる生活のしづらさについても把握する必要がある。

キーワード 精神障害、生活のしづらさ、苦手、生活困難、生活障害

I. はじめに

精神障害者は、注意持続、実行機能の障害などの認知機能障害や幻覚、妄想などの陽性症状といった疾患の特性ゆえに自立して安定した日常生活を送ることが難しい。また、人生の重要な時期である青年期に精神疾患を発症するケースが多く、在学中の発病のためにその時期に病気を抱えて過ごすことにより就職経験もなく社会生活への適応に困難を有してしまう（内閣府，2012）。入院期間が長期に渡る場合、自立に対する自信の喪失や人生における楽しみの喪失などの弊害も指摘されている（藤野他，2007）。

精神障害者が体験する生活上の困難は、「生活のしづらさ」という用語で表現されている。この用語は1984年に精神科医である臺（1984）の論文で用いられたことに始まる。臺は論文の中で、「生活のしづらさ」を「生活障害」とも表現し、「精神障害者および回復者にとって、社会で生活する上での困

難」と説明している。また臺の「生活のしづらさ」の概念をふまえた先行研究では、「生活のしづらさ」を「困りごと・苦手なこと」とも表現している（影山他，2002）。臺（1984）は精神障害者の「生活のしづらさ」について、「生活の仕方のまずさ」「人づきあいのまずさ」「就労能力の不足」「生活経過の不安定さ」「生きがいのなさ」を述べている。しかし、これらの結果は客観的データに基づいて得られた結果ではなく、臺の見解として示されている。西村（2012）は、近年注目されている当事者研究の動向を考察した結果、当事者と専門家では、障害や自立のとらえ方が大きく異なっていることを指摘している。よって臺（1984）が述べる生活のしづらさの内容が精神障害者の生活のしづらさを的確に言い表しているのかは疑問がある。さらに臺の論文の発表から30年余り経過しており、精神障害者を取り巻く生活環境も変化している。

長い間、日本の精神保健医療福祉は入院治療を中

*1 摂南大学看護学部 Faculty of Nursing, Setsunan University

心に進められてきたが、社会復帰の促進と福祉施策の充実を目指し、1995年に精神保健法が現行の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に改正された。さらに2004年に厚生労働省が提示した「精神保健医療福祉改革ビジョン」において地域生活支援の強化が掲げられ、以来、「入院医療から地域生活中心へ」という基本的方策のもと、受け入れが整えば退院可能な精神障害者の地域移行を促進しているところである。今後、地域で生活する精神障害者数は増加することが考えられる。精神障害者が地域で自立して安定した日常生活を送るためには、現代に生きる精神障害者の生活のしづらさの実態を把握した上で、それらに見合った精神保健医療福祉施策を充実させていく必要がある。そこで本研究では、日本における近年の精神障害者の生活のしづらさの実態を先行研究によって明らかにすることを目的とする。

Ⅱ. 研究方法

文献検索方法は、メディカルオンライン、医学中央雑誌web版の検索システムを使用し、文献検索を行った。キーワードを「精神障害」「生活のしづらさ」「苦手」「生活困難」「生活障害」とした。検索対象年は、精神保健福祉法が制定された1995年から2012年の17年間に発表された文献を検索した。今回、日本における「精神障害者の生活のしづらさ」を明確にするため、国内文献に限定し検索を行った。その中から、論文の領域を精神医療・看護とし、会議録、雑誌の解説や特集を除き、学会誌や紀要に掲載されている研究論文を選定した。さらに、論文の研究対象者を精神障害者とし、論文に「精神障害者の生活のしづらさ」が記述されていると共同研究者内で一致して認めた文献を採用した。

採用した文献を繰り返し読み、誰を被験者としてデータ収集しているのかを確認し、「精神障害者の生活のしづらさ」を示す文章を共同研究者間で吟味していき、内容を抽出した。

Ⅲ. 結果

1. 文献の概要

文献検索を行った結果、139件の文献を抽出した。その中から採用した文献は8件であった。当事者から見た生活のしづらさを明らかにした研究は2件（関根, 2011; 田村他, 2011）、医療・福祉スタッフから見た生活のしづらさを明らかにした研究は3件（瀧澤他, 2012; 池淵他, 1998; 山科他, 1999）、家族から見た生活のしづらさを明らかにした研究は1件（大山他, 1997）、当事者と医療・福祉スタッフから見た生活のしづらさを明らかにした研究は1件（小山他, 2005）、当事者と家族から見た生活のしづらさを明らかにした研究は1件（影山他, 2002）であった。以下に各研究で明らかになった精神障害者の生活のしづらさの概要を示す。（表1参照）

2. 生活のしづらさの内容

1) 当事者から見た生活のしづらさ

関根（2011）は、精神科病院を退院し、入院の前後で居場所や地域の人々とのつながりの維持が困難と思われる出身地域以外で生活を送る精神障害者を対象にインタビュー調査を行い、退院後から現在の生活に至るまでの過程における体験の特徴と、その過程で感じる生活のしづらさの要因を質的帰納的に分析している。その結果、長期入院生活に適応するために構成した「自分は精神科の患者」という自己アイデンティティは、地域生活では自分を苦しめるだけの何の意味をなさないという現実と直面することで、①自己の喪失感（自分がなくなったような感覚）、②自己表現の喪失（自分からは何もできない）、③内なる偏見（社会の目が怖い）、④自己否定感（普通の大人にはなれない）の4点が生活のしづらさの要因として派生することを述べている。

田村ら（2011）は、外来通院中の統合失調症者を対象とし、内服中の抗精神病薬による副作用の影響をふまえ、気になる精神症状と生活のしづらさの程度を抗精神病薬の種類毎に調査している。「幻覚」

表1 精神障害者の生活のしづらさに関する先行研究の概要

題名（著者名：発行年）	対象（生活のしづらさを評価した者）	研究の目的と方法	結果（生活のしづらさ）
精神障害者の地域生活過程に関する研究 出身地域以外で生活を送る当事者への支援のあり方（関根：2011）	精神科病院を退院し出身地域以外で地域生活を送る精神障害者	出身地域以外で生活を送る精神障害者の地域生活過程を明らかにし、生活のしづらさの要因と地域生活支援の方向性についての示唆を得ることを目的にインタビュー調査を行い、質的帰納的に分析した。	長期入院生活に適応するために構成した「自分は精神科の患者」という自己アイデンティティは、地域生活では自分を苦しめるだけの何の意味をなさないという現実と直面することで、①自己の喪失感（自分がなくなったような感覚）、②自己表現の喪失（自分からは何もできない）、③内なる偏見（社会の目が怖い）、④自己否定感（普通の大人にはなれない）の4点が生活のしづらさの要因として派生することを述べている。
各抗精神病薬治療における「気になる症状」や「生活のしづらさ」についての患者自身の主観的評価結果 アリピプラゾール、オランザピン、リスペリドン、クエチアピンの単剤投与例の比較から（田村他：2011）	外来通院中の統合失調症患者	統合失調症者を対象に「気になる症状」「生活のしづらさ」についてアリピプラゾール、オランザピン、リスペリドン、クエチアピンの経口単剤投与群の比較検討を目的とした。「気になる症状」は、上島国利監修の患者指導書にあるチェック表を用い、「生活のしづらさ」は独自に作成した質問紙を用いて調査をした。	アリピプラゾールが他の薬（オランザピン、リスペリドン、クエチアピン）よりも「アンヘドニア」「意欲低下」「ボーッとする・だるい」「アカシジア様症状」「体重増加」などの気になる症状が有意に少なくなっていた。また生活のしづらさを総合得点で評価した結果、アリピプラゾールは他の4つの薬より有意に低値を示し、生活のしづらさの程度が低いことを明らかにしていた。これらの結果から、アリピプラゾールを第1選択薬として考えることを結論づけている。
地域で生活する統合失調症者の回復の支援に関する研究 生活障害に關与する肯定的側面の探求（瀧澤他：2012）	担当精神保健福祉士	地域で生活する統合失調症者の社会生活能力を把握し、生活障害に關与する肯定的要因を探求することを目的に、精神障害者社会生活評価尺度を用いて分析をした。	地域で生活する統合失調者は、「安定性・持続性」の得点が高く苦手であることを明らかにしている。すなわち、地域生活に適応することが難しく、授産施設やデイ・ケアなどの保護的な環境でなければ安定して通所できないということを意味する。また、「自己認識」の得点が高く苦手であることも示されている。すなわち、障害を認める、あるいは障害に関心を示さず、自己の生活能力を過大／過小に評価する傾向があることを意味する。さらに、「日常生活」に属する「居住（自分の部屋）の掃除やかたづけ」も得点が高く苦手であることが示されている。これらの生活障害を克服する肯定的要因は、デイ・ケアプログラムへの参加活動で様々な活動に挑戦する機会を得て、不安と悩みに出会いながらも、他者に「強み」を評価されるという支援を受けながら努力する当事者の力であることを結論づけている。
精神分裂病の障害構造－LASMIによる生活障害評価のクラスター分析－（池淵他：1998）	作業所職員、医師、看護師、作業療法士、精神科ソーシャルワーカー、臨床心理士のいずれかの職種の者	統合失調症をもつ人の生活レベルで観察される障害を客観的に評価し、障害構造を解析することを目的に、精神障害者社会生活評価尺度を用いてクラスター分析を試みた。	「交通機関」「買い物」「身だしなみへの配慮」の質問項目を含む「社会資源の活用・身だしなみ」のクラスターと「ストレス耐性」「課題への挑戦」の質問項目を含む「課題の自主的な遂行能力」のクラスターは、入院群で障害の程度が有意に高く、生活のしづらさであることを明らかにしている。「状況判断」「協調性」の質問項目を含む「就業に必要なスキル」のクラスターは、就業群で有意差を示した。「発語の明瞭さ」「友人とのつきあい」の質問項目を含む「対人技能」のクラスターは、4群間で有意差はなく、どの群にも共通した生活のしづらさであることを述べている。
慢性精神分裂病患者の単身生活退院に関する精神症状と生活障害 陽性・陰性症状評価尺度と精神障害者社会生活評価尺度を用いて（山科他：1999）	主治医および複数の看護スタッフ	単身生活を目指している患者の精神症状と生活障害を評価し、これと1年後の転帰との関連が強いものを探索することを目的に、陽性・陰性症状評価尺度と精神障害者社会生活評価尺度で評価した。	陽性・陰性症状評価尺度では有意差はないが、精神障害者社会生活評価尺度の下位尺度のうち、「日常生活」「労働または課題の遂行」で退院群が有意に評価が良いという結果が得られた。この結果から、単身生活を目指す精神分裂病患者が退院後の単身生活を破たんなく送ることができるか否かに影響を及ぼすのは、精神症状よりも生活障害の側面であり、特に「日常生活」「労働または課題の遂行」がより重要であることを述べている。
精神分裂病の生活障害の及ぼす精神科デイケアの効果（大山他：1997）	同居家族員	精神科デイ・ケアが生活障害に及ぼす効果を明らかにすることを目的に、デイ・ケア施行群と外来治療のみの群とを6か月ごとに精神障害者社会生活評価尺度を用いて解析した。	デイ・ケアの継続により、6か月後に「対人関係」と「持続性・安定性」に効果が現れることを示唆している。また、12か月後に「自己認識」に効果が現れることも示唆している。
患者の主観に現れる統合失調症の生活障害：スタッフによる評価と比較して（小山他：2005）	統合失調症患者と医師、作業療法士、看護師などデイ・ケアスタッフ	統合失調症患者の認知生活障害の自覚の程度、その自覚と治療者の客観的評価との差を検討することを目的に、独自に作成した13項目の質問紙を用いて調査した。	統合失調症患者本人がとらえやすい認知生活障害として、「新しい場所・人になれるのに時間がかかる」「同時にいろんなことを言われると、何をすればいいのかわからなくなる」「世間体や他人の評価が気になる」の項目で自覚が高かったことを述べている。スタッフにおいては、「新しい場所・人に慣れるのに時間がかかる」「世間体や他人の評価が気になる」であった。本人回答とスタッフ回答に有意差が認められたのは、「みんなの話し、関心がわからない」のみであり、統合失調症者が思うほどデイ・ケアスタッフは程度が重いとも認識してなかった。以上このことから、患者がおおむね治療者と似た認知機能障害を評価していることを結論づけている。
在宅精神障害者の日常生活における困りごと・苦手なこと 当事者と家族との意識のずれ（影山他：2002）	地域に住む精神障害者とその家族	在宅精神障害者の日常における困りごとを明らかにすることを目的に、独自の質問紙を用いて調査した。	当事者が認識している困りごととして、「掃除」「近所づきあい」「経済的問題」が多く、性別で見ると、男性は「友だちづきあい」「近所づきあい」「掃除」、女性は「交通機関による外出」「経済的問題」「炊事」「金銭管理」が多いことを明らかにしている。次に、多くの割合の家族が「援助が必要である」と回答した項目は、「規則的な生活」「近所づきあい」「友だちづきあい」「炊事」「部屋の整理」「自分の時間の使い方」であった。当事者が男性の場合には、「規則的な生活」や「自分の時間の使い方」の時間管理や「近所づきあい」に関して要援助とする回答が多かった。女性はこれらに加えて、「炊事」「掃除」「洗濯」の家事や、「身だしなみ」「部屋の整理」「服薬管理」についても要援助という回答が多かった。これらのことから、当事者と家族の考える困りごとは乖離しており、当事者の性別によっても2群間で困りごとが違うことを述べている。

「意欲がわからない」などの気になる精神症状の有無は、上島国利監修の患者指導書にあるチェック表を用い、生活のしづらさの程度は、独自に作成した質問紙を用いて尋ねている。その結果、アリピプラゾールが他の薬（オランザピン、リスペリドン、クエチアピン）よりも「アンヘドニア」「意欲低下」「ボーッとする・だるい」「アカシジア様症状」「体重増加」などの気になる症状が有意に少なくなっていた。また生活のしづらさを総合得点で評価した結果、アリピプラゾールは他の4つの薬より有意に低値を示し、生活のしづらさの程度が低いことを明らかにしていた。これらの結果から、アリピプラゾールを第1選択薬として考えることを結論づけている。

この研究で作成された「生活のしづらさ」の質問紙の内容は、①自分の身の回りのことをする、②規則正しい生活をする、③生活や趣味を楽しむ、④対人関係や友達付き合い、⑤学校での勉強、職場・家族での仕事と、臺（1984）とは異なった独自の5項目を設定している。しかしながら、これらの5項目の生活のしづらさを設定するに至った理論やデータ、あるいは臺の先行研究に関しては触れられていない。

2) 医療・福祉スタッフから見た当事者の生活のしづらさ

医療・福祉スタッフから見た当事者の生活のしづらさを明らかにした3件全ての研究は、精神障害者社会生活評価尺度（Life Assessment Scale for the Mentally Ill, 以下LASMIと略す）を用いていた。LASMIは、岩崎ら（1994）が開発したもので、臺（1984）による「生活のしづらさ」の概念にもとづいた尺度構成になっており、信頼性と妥当性も確認されている。LASMIは、臺が述べた生活のしづらさの5項目、「生活の仕方のまずさ」「人づきあいのまずさ」「就労能力の不足」「生活経過の不安定さ」「生きがいのなさ」と対応するよう、「日常生活」「対人関係」「労働または課題の遂行」「持続性・安定性」「自己認識」の5下位尺度で構成され、合計40項目からなる。

瀧澤ら（2012）は、担当精神保健福祉士が

LASMIを用いて、地域で生活する統合失調症者の社会生活能力を評価し、生活障害に關与する肯定的要因を探索している。この研究では、「生活障害に關与する肯定的要因」を、「個人の願望・能力・自信へと繋がる要因」と定義している。結果は、地域で生活する統合失調者は、「安定性・持続性」の得点が高く苦手であることを明らかにしている。すなわち、地域生活に適應することが難しく、授産施設やデイ・ケアなどの保護的な環境でなければ安定して通所できないということを意味する。また、「自己認識」の得点が高く苦手であることも示されている。すなわち、障害を認める、あるいは障害に關心を示さず、自己の生活能力を過大／過小に評価する傾向があることを意味する。さらに、「日常生活」に属する「居住（自分の部屋）の掃除やかたづけ」も得点が高く苦手であることが示されている。地域で生活する統合失調症者がこれらの生活障害を克服する肯定的要因は、デイ・ケアプログラムへの参加活動で様々な活動に挑戦する機会を得て、不安と悩みに出会いながらも、他者に「強み」を評価されるという支援を受けながら努力する当事者の力であることを結論付けている。

池淵ら（1998）は、LASMIを用いて統合失調症をもつ人の生活レベル（就職群、デイ・ケア群、作業所群、入院群）で觀察される生活障害を、作業所職員、医師、看護師、作業療法士、精神科ソーシャルワーカー、臨床心理士のいずれかの職種の者が評価し解析している。池淵は、LASMIの40項目のクラスター分析を実施して得られた11個のクラスターの内容の類似性を検討して6クラスターを生成している。その6クラスターを基準にして4群間での生活のしづらさの程度の違いを検討している。結果は、「交通機関」「買い物」「身だしなみへの配慮」の質問項目を含む「社会資源の活用・身だしなみ」のクラスターと「ストレス耐性」「課題への挑戦」の質問項目を含む「課題の自主的な遂行能力」のクラスターは、入院群で障害の程度が有意に高く、生活のしづらさであることを明らかにしている。「状況判断」「協調性」の質問項目を含む「就業に必要なス

キル」のクラスターは就業群で有意に高く、これらの能力が高いことを明らかにしている。「発語の明瞭さ」「友人とのつきあい」の質問項目を含む「対人技能」のクラスターは、4群間で有意差はなく、どの群にも共通した生活のしづらさであることを述べている。

山科ら（1999）は、社会復帰病棟に在棟し単身生活を目指す慢性精神分裂病患者について、主治医および複数のスタッフが精神症状を陽性・陰性症状評価尺度で、生活障害をLASMIで評価している。1年後の転帰により退院群と入院断続群に二分し、2群間で陽性・陰性症状評価尺度とLASMIの評点を比較している。その結果、陽性・陰性症状評価尺度では有意差はないが、LASMIの下位尺度のうち、「日常生活」「労働または課題の遂行」で退院群が有意に評価が良いという結果が得られた。この結果から、単身生活を目指す精神分裂病患者が退院後の単身生活を破たんなく送ることができるか否かに影響を及ぼすのは、精神症状よりも生活障害の側面であり、特に「日常生活」「労働または課題の遂行」がより重要であることを述べている。

3) 家族から見た当事者の生活のしづらさ

大山ら（1997）は、精神科デイ・ケアに通所した群と外来治療のみを行っている群の生活評価を、同居家族員がLASMIを用いて評価をし、精神科デイ・ケアが生活障害に及ぼす効果を比較検討している。結果は、デイ・ケアの継続により、6カ月後に「対人関係」と「持続性・安定性」に効果が現れることを示唆している。また、12カ月後に「自己認識」に効果が現れることも示唆している。

4) 当事者と医療・福祉スタッフから見た生活のしづらさ

小山ら（2005）は、デイ・ケアを利用している統合失調症者の「認知生活障害」について、小山らが独自に作成した13項目の質問紙を統合失調症患者本人と医師、作業療法士、看護師などデイ・ケアスタッフそれぞれが評価し、2群間で比較をしている。

その結果、統合失調症患者本人がとらえやすい認知生活障害として、「新しい場所・人になれるのに時間がかかる」「同時にいろんなことを言われると、何をすればいいのか、わからなくなる」「世間体や他人の評価が気になる」の項目で自覚が高かったことを述べている。スタッフにおいては、「新しい場所・人に慣れるのに時間がかかる」「世間体や他人の評価が気になる」であった。本人回答とスタッフ回答に有意差が認められたのは、「みんなの話を、関心がわからない」のみであり、統合失調症者が思うほどデイ・ケアスタッフは程度が重いと認識してなかった。以上のことから、患者はおおむね治療者と似た認知機能障害を評価していることを結論付けている。

5) 当事者と家族から見た生活のしづらさ

影山ら（2002）は、地域に住む精神障害者とその同居家族を対象に、影山ら（2002）が独自に作成した質問紙を用い日常生活における困りごとに関して分析をしている。質問紙は当事者、家族とも同じ様式で、「掃除」「買い物」「身だしなみ」「服薬管理」「友だちづきあい」など合計20項目を取りあげており、当事者には「生活の中で苦手と感じているものや、困っていることは何ですか」という質問を、家族には「家族から見て患者さんに支援が必要と感じていることは何ですか」という質問を添えている。当事者と家族が該当すると思う項目をいくつでも選択できる形式となっている。調査の結果、当事者が認識している困りごととして、「掃除」「近所づきあい」「経済的問題」が多く、性別でみると、男性は「友だちづきあい」「近所づきあい」「掃除」、女性は「交通機関による外出」「経済的問題」「炊事」「金銭管理」が多いことを明らかにしている。次に、多くの割合の家族が「援助が必要である」と回答した項目は、「規則的な生活」「近所づきあい」「友だちづきあい」「炊事」「部屋の整理」「自分の時間の使い方」であった。当事者が男性の場合には、「規則的な生活」や「自分の時間の使い方」の時間管理や「近所づきあい」に関して要援助とする回答が多

かった。女性はこれらに加えて、「炊事」「掃除」「洗濯」の家事や、「身だしなみ」「部屋の整理」「服薬管理」についても要援助という回答が多かった。これらのことから、当事者と家族の考える困りごとは乖離しており、当事者の性別によっても2群間で困りごとが違うことを述べている。

IV. 考察

1. 先行研究から読み取れる生活のしづらさの実態

精神障害者の生活のしづらさに関連する先行研究は8件であった。これらは精神障害者、医療・福祉スタッフ、家族がそれぞれの立場で精神障害者の生活のしづらさをとらえたものと、当事者と家族、当事者と医療・福祉スタッフの2者からとらえたものがあった。

精神障害者の生活のしづらさを精神障害者の立場でとらえた関根（2011）の研究では、先行研究の中で唯一インタビュー調査を行っていた。しかし生活のしづらさの具体的内容よりも、生活のしづらさの要因に焦点をあてている。また、田村ら（2011）の研究では、抗精神病薬が生活のしづらさに及ぼす影響に限定したものであり、田村ら（2011）が作成した生活のしづらさに関する質問紙の5つの項目を臺（1984）の生活のしづらさの構成と比較すると、「日常生活」「対人関係」「労働または課題の遂行」に相当する項目は設定されているが、「持続性・安定性」「自己認識」の側面については含まれていない。さらに、この5つの質問項目を設定するに至った理論やデータに関しても触れられていない。以上のことから、関根（2011）や田村ら（2011）の研究においては、研究目的や考察で臺（1984）の「生活のしづらさ」という言葉を用いているものの、臺（1984）の概念は踏まえておらず、精神障害者が体験している生活のしづらさの具体的内容は明らかにされていなかった。

精神障害者の生活のしづらさを医療・福祉スタッフの立場でとらえた先行研究3件（瀧澤他，2012；池淵他，1998；山科他，1999）と、精神障害者の生

活のしづらさを家族の立場でとらえた先行研究1件（大山他，1997）は、いずれも岩崎ら（1994）が開発したLASMIを用いて調査していた。LASMIを用いることで統合失調症者の多様な生活場面（日常生活、対人関係、労働または課題遂行、持続性・安定性、自己認識）における社会生活能力や、精神障害者の生活のしづらさの全体的傾向をとらえることができる反面、LASMIに表現されていない個別的な生活のしづらさは明確になっておらず、精神障害者の体験に基づいた語りから導き出された生活のしづらさについても、今後調査を行う必要があると考える。

精神障害者の生活のしづらさを当事者と医療・福祉スタッフの立場でとらえた小山ら（2005）の研究においては、統合失調症患者の認知機能に関連する生活のしづらさに限定し調査していた。また精神障害者の生活のしづらさを当事者と家族の立場でとらえた影山ら（2002）の研究においては、日常生活の中で当事者自身が感じている「苦手なこと・困りごと」に加え、それらの「苦手なこと・困りごと」に対して家族が援助を必要と感じているかどうかを質問紙で問うていた。しかしLASMIを用いた上述の先行研究と同様、質問紙にあげられていない「苦手なこと・困りごと」については明確になっておらず、また家族の立場でとらえた精神障害者の「苦手なこと・困りごと」の具体的な内容については調査されていなかった。さらに小山ら（2005）や影山ら（2002）の両研究において、当事者にとって一番身近な存在でもある家族や医療・福祉スタッフと当事者自身がとらえている生活のしづらさは必ずしも一致しておらず、精神障害者の生活のしづらさに合致した支援が行われていないことも考えられた。

2. 今後の研究の方向性

本研究により精神障害者の生活のしづらさに関するこれまでの研究動向が明らかになった。精神障害者の生活のしづらさは臺（1984）の生活のしづらさの言葉だけ用いられ、先行研究ごとにその概念は異なっていた。また精神障害者が実際体験している生

活のしづらさの具体的内容について、当事者の体験の語りを通して結果を得た研究がないことが明らかになった。当事者が研究者の準備した質問紙を回答するのではなく、体験にもとづいた語りこそが、本当の生活のしづらさであり、それを明らかにすることで、生活のしづらさを克服するための看護ケアを見出すことができると考える。さらに臺（1984）が生活のしづらさの概念を発表した当時と現在では社会情勢や精神医療に関する法律など、精神障害者を取り巻く生活環境や生活様式が著しく変化していることから、臺（1984）の唱えた生活のしづらさは現在では異なっていることも考えられる。現在、精神障害者数は年々増加している。こうした中、精神障害者の生活のしづらさを軽減できる質の高い支援を行うためにも、まずは現代に生きる精神障害者の生活のしづらさの実態を明らかにする必要があるだろう。

先行研究において、入院中の精神障害者の生活のしづらさを明らかにしたものや、それらに関連するものは見当たらなかった。入院医療を受けている精神障害者を地域へ移行させる活動を促進している現在、生活のしづらさを入院施設でいかに軽減させるかが今後の課題になると考える。障害がもたらす生活のしづらさは、地域生活においてだけの問題ではなく、今後、入院中の精神障害者の生活のしづらさについて調査・把握する必要があると考える。

また、認知機能が障害される統合失調症、気分や感情の変化を基本とする気分障害といった精神疾患の特徴（障害特性）を踏まえた疾患別の生活のしづらさ、さらに制度や政策面から生じる生活のしづらさを明らかにした先行研究も見当たらなかった。今後、精神障害者が日常生活の中で体験している生活のしづらさはもちろんのこと、制度・政策面から生じる生活のしづらさも調査研究を進めていく必要があるだろう。なぜなら、日本において精神障害者が制度・政策上の「障害者」と認められたのは、1993年の障害者基本法制定時であり、この時に初めて精神障害者にも支援が必要とみなされた。それ以前の日本は、身体障害者と知的障害者のみを「障害

者」として認定し生活を保障していた。こうした背景から、今現在も他の障害者と比較して精神障害者の就業率の低さや賃金水準の低さに関する就労問題（堤，2008）、身体・知的障害者は受けられるサービス（例えば、公共交通機関の割引）を精神障害者が受けられない（総務省，2012）、精神障害者をはじめとする判断能力が低下した者が利用する成年後見制度の問題点などといった課題が山積している。

今後筆者らは、精神障害者を対象に、当事者が体験した、あるいは今現在体験している生活のしづらさを当事者の語りから明らかにしていく研究に取り組む必要があると考える。そして、次の段階として、このような手法で明らかになった生活のしづらさの改善を図る援助方法開発のための研究へと発展させたいと考えている。

文献

- 藤野成美，脇崎裕子，岡村仁（2007）：精神科における長期入院患者の苦悩．日本看護研究学会誌，30（2），87-95.
- 池淵恵美，岩崎晋也，杉本豊和，宮内勝（1998）：精神分裂病の障害構造－LASMIによる生活障害評価のクラスター分析－．臨床精神医学，27（2），193-202.
- 岩崎晋也，宮内勝，大島巖，村田信夫，野中猛，加藤春樹，上野容子，藤井克徳（1994）：精神障害者社会生活評価尺度の開発—信頼性の検討（第1報）．精神医学，36，1139-1151.
- 影山隆之，大賀淳子，河島美枝子，舞治代，佐田美貴恵，渡辺英宣，東保みづ枝（2002）：在宅精神障害者の日常生活における困りごと・苦手なこと～当事者と家族との意識のずれ．大分看護科学研究，3（2），33-39.
- 小山裕子，山田純栄，鈴木國文（2005）：患者の主観に現れる統合失調症の生活障害：スタッフによる評価と比較して．精神障害とリハビリテーション，9（1），88-94.
- 内閣府（2012）：平成24年版障害者白書．佐伯印刷，

東京.

西村愛 (2012): 社会福祉分野における当事者主体概念を検証する. 大原社会問題研究所雑誌, 645, 30-42.

大山博史, 小泉毅, 永長昌之, 村本幸栄, 星敬子, 平田久子 (1997): 精神分裂病の生活障害に及ぼす精神科デイ・ケアの効果. 臨床精神医学, 26 (7), 907-917.

関根正 (2011): 精神障害者の地域生活過程に関する研究－出身地域以外で生活を送る当事者への支援のあり方－. 群馬県立県民健康科学大学紀要, 6, 41-53.

総務省 (2012): 報道資料 精神障害者もバスの割引が受けられるようにしてほしい. 2013.9.22, http://www.soumu.go.jp/main_content/000180188.pdf#search='http%3A%2F%2Fwww.soumu.go.jp%2Fmain_content%2F000180188.pdf-search'

瀧澤直子, 後藤雪絵 (2012): 地域で生活する統合失調症者の回復の支援に関する研究－生活障害に関与する肯定的側面の探求－. 日本看護福祉学会

誌, 17 (2), 159-176.

田村由江, 鈴木徹也, 森田徹, 吉田真, 佐藤友佳 (2011): 各抗精神病薬治療における「気になる症状」や「生活のしづらさ」についての患者自身の主観的評価結果－アリピプラゾール、オランザピン、リスペリドン、クエチアピンの単剤投与例の比較から－. 最新精神医学, 16 (2), 215-221.

堤健造 (2008): 障害者の所得保障と就労支援. 調査と情報 第625号. 2013.09.22, <http://www.ndl.go.jp/jp/data/publication/issue/0625.pdf#search='http%3A%2F%2Fwww.ndl.go.jp%2Fjp%2Fdata%2Fpublication%2Fissue%2F0625.pdfsearch%3D%27'>

臺弘 (1984): 生活療法の復権. 精神医学, 26 (8), 803-814.

山科満, 岩波明, 岩崎晋也, 安西信雄, 風祭元 (1999): 慢性精神分裂病患者の単身生活退院に関する精神症状と生活障害 陽性・陰性症状評価尺度とLASMIを用いて. 精神医学, 41 (4), 381-387.